

Амбулаторная психиатрическая служба в Ливане

Community mental healthcare in Lebanon

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-71-77

Специальная статья

Joseph El-Khoury, Riwa Haidar, Raghid Charara

Department of Psychiatry, American University of Beirut Medical Center

Джозеф Эль-Хури, Рива Хайдар, Раджид Чарара

Кафедра психиатрии, Медицинский центр Американского университета Бейрута

ABSTRACT

Lebanon is a medium-income country in the Eastern Mediterranean which has seen a surge in interest in mental health over the past two decades following years of stagnation. The mental health needs of the country at primary care level and for severe psychiatric disorders are underserved. Political instability, chronic underfunding and widespread stigma have all contributed to maintaining a traditional model of private clinics affiliated with inpatient and long-stay psychiatric units. A number of initiatives have recently been launched to cater for patients with psychotic disorders and also to offer partial hospitalization for others with mood-related conditions. In parallel, the Ministry of Public Health, with international funding, has been instrumental in its efforts to standardize care at a national level, particularly for early detection and treatment in primary care settings. The priorities of the national mental health programme are consistent with the global trend in shifting services to the community. Hurdles remain, in line with those facing countries with similar socio-demographics and resources. These include limited third-party coverage of mental health, absence of training opportunities in multidisciplinary community settings and some clinicians' reluctance to update their ways of working. Development of a local workforce, familiar with evidence-based models of care and dedicated to providing a patient-centred approach in the least restrictive settings, is essential for consolidating community care in Lebanon. This would be reinforced by (overdue) legislation and implementation of a mental health law.

АННОТАЦИЯ

Ливан — страна со средним уровнем доходов, расположенная в восточной части Средиземноморья. В последние 20 лет, после долгого периода стагнации, в Ливане наблюдается рост интереса к вопросам психического здоровья. Потребности страны в психиатрической помощи на уровне первичного звена здравоохранения, а также при лечении тяжелых психических расстройств удовлетворяются недостаточно. Политическая нестабильность, хроническое недофинансирование, повсеместная стигматизация больных — все эти факторы вносят вклад в поддержание традиционной модели, когда частные клиники существуют при психиатрических стационарах и стационарах длительного пребывания пациентов. Недавно в стране началась реализация ряда инициатив, нацеленных на помощь пациентам с психотическими расстройствами, а также на обеспечение частичной госпитализации пациентов с аффективными расстройствами. Параллельно с этим Министерство здравоохранения страны, опираясь на международное финансирование, успешно реализует программу стандартизации психиатрической и психологической помощи на национальном уровне, уделяя особое внимание мерам по раннему выявлению расстройств и лечению в системе первичной медицинской помощи. Приоритеты национальной программы по охране психического здоровья согласуются с общемировой тенденцией приближения помощи к месту жительства пациента. Тем не менее, как и в странах со сходными социально-демографическими характеристиками и ресурсами, в Ливане сохраняется ряд проблем. В частности, это проблемы, связанные с ограничениями страхового покрытия психических расстройств, отсутствием обучения

работников в условиях междисциплинарных команд в амбулаторном звене и нежеланием некоторых врачей осваивать новые методы работы. Для развития в Ливане системы помощи по месту жительства необходимо увеличение численности персонала, знакомого с научно обоснованными методами и работающего в пациент-центрированном подходе в минимально ограничивающих пациента условиях. Содействовать этому должен закон о психиатрической помощи, необходимость в разработке и принятии которого давно назрела.

Keywords: *community mental health; psychiatric services; Eastern Mediterranean; Lebanon; global mental health*

Ключевые слова: *амбулаторная психиатрическая помощь; психиатрическая служба; Восточное Средиземноморье; Ливан; глобальное психическое здоровье*

ВВЕДЕНИЕ

Ливан по классификации ВОЗ относится к региону Восточного Средиземноморья. Это страна со средним уровнем доходов, в которой проживает более 5,5 млн человек. Психические расстройства и расстройства вследствие употребления психоактивных веществ относятся к заболеваниям, создающим основную нагрузку на систему здравоохранения Ливана. Расчетный показатель числа лет, скорректированный с учетом нетрудоспособности, для этой группы заболеваний достигает 1872 на 100 000 человек [1], а смертность от самоубийств — 3,3 на 100 000 человек [2]. По разным оценкам, приблизительно каждый четвертый житель Ливана страдает по крайней мере одним психическим расстройством [2]. Военные травмы, гражданские конфликты и разного рода политические неурядицы всегда вносили вклад в высокую распространенность психических заболеваний в Ливане [2–4]. В условиях сохраняющейся в стране и регионе экономической и политической нестабильности эти показатели в обозримом будущем, вероятно, будут расти и далее. Кроме того, продолжающийся конфликт в соседней Сирии создает дополнительные проблемы с доступом к психиатрической помощи для беженцев, приток которых увеличил население Ливана приблизительно на 30% [5]. Удивительно, но лишь пятая часть жителей Ливана с психическими расстройствами обращается за медицинской помощью. Подавляющее большинство источников в качестве препятствия к этому указывает низкую осознаваемую потребность в лечении [6]. Также описаны случаи очень позднего обращения жителей Ливана за адекватной психиатрической помощью [7]. Как будет подробно рассмотрено далее, модель оказания психиатрической помощи в Ливане в основном опирается на частный сектор и предполагает централизованное стационарное лечение пациентов, которые

сознают потребность в психиатрической помощи и могут себе позволить соответствующие расходы.

На фоне утяжеления общенационального бремени психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также слишком медленного роста осведомленности о психических расстройствах, который к тому же не сопровождается развитием соответствующей медицинской помощи, настало время оценить роль амбулаторной психиатрической помощи (АПП) по месту жительства применительно к условиям Ливана. Цель данного обзора — обосновать важность внедрения или развития в Ливане системы АПП по месту жительства, оценить локальные и общенациональные возможности для этого, а также связанные с этим сложности.

КРАТКАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Специализированные психиатрические госпитали появились в Ливане относительно недавно. Первым таким учреждением стала Ливанская больница для душевнобольных в Асфуриехе, открытая в августе 1900 г. в период британского правления. Эта больница закрылась в 1983 г. в силу определенного сочетания политических и финансовых обстоятельств. В начале XX века французские миссионеры основали другую психиатрическую больницу — госпиталь Креста (Дейр-эль-Салиб), расположенный в нескольких милях к северу от столицы страны — г. Бейрута. В 1959 г. Дар Аль-Айяза Аль-Исламия (Исламский центр сестринского ухода) вскоре после своего основания открыл у себя отделение психиатрической помощи, преимущественно в форме длительного пребывания в центре [8]. Все эти учреждения оказывали помощь как психиатрические лечебницы, что согласовалось с тогдашними стандартами и считалось подходящим для общественных нужд. Однако стигматизация, окружающая госпитализацию

по психиатрическим показаниям, привела к тому, что больницы в Асфуриехе и Дейр-эль-Салибе стали ассоциироваться у населения с местами, где царствует ужас и отчаяние. Если не считать открытия в последнее десятилетие отделения детоксикации в больнице Дар-эль-Башек (2014 г.) и стационарного отделения в больнице Рафик-эль-Харири (2018 г.), государство не приложило никаких усилий к развитию учреждений государственного сектора, предпочитая вместо этого финансировать койки в частных больницах [9]. Это значит, что многие десятилетия оказание помощи отдавалось на сторону без какого-либо надзора за ней, а процессы реформирования сектора охраны психического здоровья практически остановились.

ОБЗОР СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛИВАНЕ

Службы психиатрической помощи в Ливане действуют на основе декрета № 72, принятого в 1983 г., в котором описывается организационная структура служб психиатрической помощи (ПП) вместе с мерами по защите и регулированию прав человека, вопросам опекуна и доступа к стационарной помощи для наиболее уязвимых групп населения [10]. Еще один декрет (№ 673) оговаривает вопросы употребления психоактивных веществ и меры по борьбе с поступлением таких веществ, механизмы контроля за употреблением психоактивных веществ и соответствующие наказания, классифицируя употребление таких веществ как преступление с соответствующими санкциями.

Ливанская система оказания ПП фрагментирована, а большинство услуг в области ПП оказываются специализированными амбулаторными и стационарными учреждениями частного сектора. В настоящее время забота о психическом здоровье почти никак не интегрирована в деятельность центров первичной медицинской помощи и диспансеров [11]. Специализированные амбулаторные учреждения по оказанию психиатрической помощи представляют собой преимущественно частные клиники, где оказывается психиатрическая или психологическая помощь, — либо на базе независимых практик, либо на базе вузовских клиник. В Ливане имеется восемь психиатрических отделений (все они — отделения в больницах общего профиля), что составляет 1,5 профильные койки на 100 000 человек, и 5 специализированных психиатрических больниц

(28,52 койки на 100 000 человек). Крупнейшей среди психиатрических больниц является Дейр-эль-Салиб, насчитывающая 1000 коек [12], за ней идет больница Дар Эль-Айяза с 377 койками для пациентов, получающих психиатрическую помощь [8]. Стоит отметить, что среди тех, кто был выписан из психиатрических больниц, менее 25% обращались за дальнейшей амбулаторной помощью в течение месяца после выписки.

Помимо описанного распределения ПП между государственным и частным секторами, в Ливане отмечается общая нехватка персонала в области психиатрической и психологической помощи. В общей сложности в стране есть 1346 специалистов по оказанию ПП, работающих в государственном и частном секторах, что составляет всего 23 специалиста на 100 000 жителей Ливана (медианное значение этого показателя равно 70 специалистов по ПП на 100 000 человек и характерно для стран с высоким доходом по классификации Всемирного банка). Количество психиатров на каждые 100 000 жителей Ливана составляет 1,21, специализированных медицинских сестер — 3,14, психологов — 3,3. Несмотря такую ограниченность в ресурсах, Ливан добился значительного прогресса в области оказания психиатрической и психологической помощи по сравнению с остальным арабским миром. Наиболее значимых улучшений Ливан добился в период с 1998 по 2007 гг., когда выросли доступность коек в психиатрических отделениях, количество психиатров, медицинских сестер со специализацией в психиатрии и социальных работников [13].

В 2017 г. Ливан потратил всего 5171,24 ливанского фунта (или 3,43 доллара США) на душу населения на охрану психического здоровья — в сравнении с 21,7 доллара США и 11,8 доллара США на душу населения в Европейском и Американском регионах ВОЗ соответственно. Кроме того, психиатрические службы Ливана финансируются плохо и по-иному, чем другие учреждения здравоохранения. Пациенты оплачивают не менее 20% стоимости услуг в области психиатрической помощи или психотропных препаратов. Треть населения Ливана вообще не охвачена медицинским обслуживанием — за исключением сирийцев и палестинцев в лагерях беженцев, которые обслуживаются различными агентствами ООН. Лишь 5% всех государственных расходов на здравоохранение выделяется на психиатрическую помощь, причем 50% из них приходится на стационарное лечение. Кроме

того, в частном секторе почти все частные и взаимные страховые организации не покрывают услуг ПП.

ОСТРАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В РАЗВИТИИ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Возможно, причина острейшей потребности Ливана в системе АПП по месту жительства — вопиющее несоответствие спроса на психиатрическую и психологическую помощь и предложения такой помощи. Кроме этого, отсутствие регулируемой государством общенациональной системы направления к специалистам означает, что люди, обращающиеся за психиатрической и психологической помощью, чаще всего попадают напрямую в специализированные психиатрические клиники, минуя этап первичной медицинской помощи. Учитывая распространенность психических расстройств в Ливане, а также недостаток специализированного персонала, следует заключить, что существующей в стране модели специализированной ПП грозит полное исчерпание ресурсов.

В настоящее время службы ПП сосредоточены в столице страны г. Бейруте или, в небольшом количестве, в крупных научных учреждениях в разных частях страны. Очевидное следствие этого — отсутствие легкодоступной ПП для населения, проживающего вдали от столицы. Для специалистов по ПП в Бейруте не редкость иметь дело с пациентами, проехавшими более 30 миль, чтобы получить качественную помощь. Помимо того, что такие поездки сами по себе нелегки, подобные действия в конечном счете ведут к повышению риска выгорания у медицинских работников, нарушению режима лечения и возможному ухудшению состояния пациентов.

ПП в Ливане дорогостоящая, поскольку она, как правило, оказывается узкими специалистами. Такая ситуация сложилась вследствие непродуманной и/или недостаточной интеграции охраны психического здоровья в модель первичной медицинской помощи. Стоимость психотропных препаратов не полностью покрывается страховкой (ни государственной, ни частной), и это обстоятельство еще сильнее утяжеляет финансовое бремя психических расстройств для пациентов и лиц, которые за ними ухаживают.

Стигматизация психических расстройств продолжает оставаться препятствием к получению медицинской помощи в Ливане и Восточном Средиземноморье

в целом. Многие из тяжело больных пациентов (или их семьи) избегают обращения в службы ПП, чтобы не получить ярлык «сумасшедших». В свою очередь отсутствие знаний о ПП (о самом существовании психических расстройств или о доступности научно обоснованного лечения) может приводить к тому, что многие обращаются за помощью к духовным или религиозным лидерам. К сожалению, ведущие местные СМИ прежде всего озабочены сенсациями, а не информированием населения. В них высказывают крайне нетерпимые взгляды на природу психических расстройств и научно обоснованные методы их лечения.

В настоящее время любой ливанский пациент, который обращается в приемное отделение больницы и которому показано пристальное психиатрическое наблюдение, подлежит госпитализации просто в силу отсутствия системы последующего наблюдения, которая объединяла бы стационарное и амбулаторное лечение. В результате, учитывая сложную финансовую ситуацию в области ПП, большинство таких пациентов выписывают из приемного отделения вопреки медицинским рекомендациям [14]. Поэтому частичная госпитализация или интенсивные программы амбулаторной помощи могут сыграть ключевую роль в устранении этого огромного пробела в предоставлении психиатрической и психологической помощи.

СУЩЕСТВУЮЩИЕ АМБУЛАТОРНЫЕ СЛУЖБЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Специализированные программы помощи при психических расстройствах внедрены во многих странах, в том числе в Европе, Австралии и в более недавнее время в США. Как правило, эти программы нацелены на раннюю оценку состояния пациента, организацию стационарного и амбулаторного лечения, а также лечения в дневных стационарах. В рамках этих программ формируются бригады, состоящие из психиатров, психологов, медицинских сестер и специалистов по ведению пациентов, которые обеспечивают надлежащую непрерывную помощь пациентам. Исследования показали, что пациенты, охваченные такими специализированными программами, реже госпитализируются, у них отмечается меньше негативных симптомов и более высокое качество жизни по сравнению с теми, кто получает стандартную помощь.

Кроме того, эти программы оказывают положительное влияние на частоту рецидивов и повторной госпитализации, улучшают социальное функционирование и профессиональную деятельность [15].

В Ливане в психиатрических клиниках чаще всего лечат психотические расстройства, такие как шизофрения и родственные заболевания. Однако в лечении этих пациентов по-прежнему отмечаются недостатки. Взаимодействие между секторами первичной и психиатрической помощи в стране минимально, а работники служб первичной медицинской помощи не обучены распознавать таких пациентов и оказывать им помощь и поддержку. Таким образом, будет исключительно важным создать новую систему служб психиатрической и психологической помощи, которая бы позволила сократить задержку с началом лечения, снабжать семьи информацией о психических расстройствах, снизить частоту госпитализаций и, наконец, приступить к реализации долгосрочных планов по обеспечению прогресса в этой области.

Единственная действующая в стране специализированная программа для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами — это Программа обучения и поддержки пациентов с психическими расстройствами (PROP), реализация которой начата в Американском университете при Медицинском центре Бейрута (AUBMC) в феврале 2016 г. [16]. Ее основная цель — адаптировать научно обоснованные модели медицинской помощи к ливанским условиям. Финансовая доступность ПП для пациентов является одним из ее основных параметров, поскольку возмещение расходов на психиатрическую помощь частными или государственными страховыми компаниями ограничено. Кроме того, пациенты, включенные в эту программу, обеспечиваются еженедельным бесплатным визитом, который предоставляется службой ухода на дому (услуга доступна с мая 2017 г.). Программа включает в себя индивидуальные встречи с пациентом для наблюдения за его состоянием, а также еженедельные совещания группы лечащих специалистов, на которых обсуждаются изменения в состоянии пациента. В рамках этой программы медицинские работники (психиатры, психологи и медицинские сестры) приобретают знания о различных ролях своих коллег, что обеспечивает равномерное распределение рабочей нагрузки на всех. Количество пациентов, направляемых для участия в программе,

растет благодаря кампаниям по оповещению общественности и усилиям по распространению информации. На сегодня программа PROP помогла почти 70 пациентам, у которых были изначально диагностированы тяжелые заболевания — без такой программы они вероятнее всего были бы госпитализированы. В рамках PROP пациентам и врачам предлагаются гибкие возможности, а также ресурсы для создания исследовательской базы данных по этой клинической популяции.

Есть и еще одна программа, запущенная совсем недавно, — это программа частичной госпитализации (PHP), которая также реализуется в Американском университете при Медицинском центре Бейрута. Эта программа представляет собой переходный вариант между госпитализацией и амбулаторным лечением по месту жительства. Прежде всего она нацелена на пациентов с тяжелыми аффективными расстройствами и сложной клинической картиной, которым нужны интенсивные вмешательства для снижения риска и создания прочной терапевтической связи с врачом. Эта дневная программа осуществляется с 8 до 15 часов по рабочим дням. В основном в ней используется групповой формат в сочетании с индивидуальной терапией и частыми психиатрическими оценками. Хотя она действует только с февраля 2019 г., она была хорошо принята пациентами и лицами, ухаживающими за ними, и позволила снизить длительность госпитализаций (а в некоторых случаях госпитализаций вообще удалось избежать).

В Ливане амбулаторное обслуживание по месту жительства развивается вместе с ростом осведомленности населения и принятием мер по снижению социальной стигматизации больных. Однако такие аспекты ПП, как финансовая поддержка и доступность профессиональной помощи, все еще очень слабо развиты.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ

Отсутствие в Ливане соразмерной потребностям системы АПП по месту жительства не означает, что страна с ее культурой не в состоянии обеспечивать такие модели ПП.

Во всех образованных слоях общества активно продолжается эмиграция специалистов, и большинство врачей, оканчивающих медицинские институты, стремятся продолжать обучение на Западе. Значительная

доля этих врачей возвращается, чтобы продолжить карьеру в Ливане после завершения клинического обучения за границей. Таким образом, практикующие ливанские психиатры, которые прошли подобный путь, уже знакомы с масштабными инициативами в области АПП по месту жительства и способны развернуть подобные программы в национальном масштабе — при условии, что получают соответствующую финансовую поддержку. В соответствии со стратегией Министерства здравоохранения Ливана в области ПП на 2015–2020 гг., которая следует программе ВОЗ по устранению дефицита услуг по охране психического здоровья (GAP), широкое развертывание программ ПП (включая финансирование и интеграцию с первичной медицинской помощью) наделяется национальным приоритетом в надежде, что в результате удастся создать обширную систему служб АПП по месту жительства.

Сплоченная нуклеарная семья — преобладающая в Ливане модель — играет важную роль в принятии и внедрении моделей АПП по месту жительства в общенациональном масштабе. За большинством пациентов с умеренными или тяжелыми психическими расстройствами ухаживают ближайшие члены семьи, обеспечивающие психологическую, финансовую, профессиональную поддержку и помощь в повседневных домашних делах. Хотя модель АПП по месту жительства не принята на официальном уровне, специализированная амбулаторная и стационарная ПП неформально пересекается со многими аспектами такой модели АПП. Большинство пациентов с умеренными или тяжелыми психическими расстройствами обращаются в психиатрические клиники или отделения больниц в сопровождении членов семьи. Встречи с членами семьи пациента для обучения психологическим вопросам и составления коллективного плана лечения — обычное дело в большинстве отделений больниц общего профиля, и в них, как правило, охотно участвуют и пациенты, и их родственники.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ С ВНЕДРЕНИЕМ В ЛИВАНЕ МОДЕЛИ АПП ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ИХ ПРЕОДОЛЕНИЮ

Как и в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов, наиболее серьезным препятствием к созданию в Ливане системы качественной АПП по месту

жительства является недостаточное финансирование [17, 18]. С недавнего времени Министерство здравоохранения Ливана стало принимать меры к расширению и стандартизации психиатрической и психологической помощи в целом, и тем не менее финансирование АПП по месту жительства остается проблемой. Поэтому необходимы усилия по обеспечению финансирования со стороны органов ООН или стран — участниц ВОЗ, специалисты которых хорошо знакомы с эффективностью и рентабельностью моделей АПП по месту жительства.

Также необходимо вести борьбу со свойственной всем поколениям ливанцев стигматизацией психических расстройств, чтобы создать условия, в которых люди будут намного охотнее обращаться за ПП, когда она им необходима [17]. Система АПП по месту жительства наиболее действенна, когда она охватывает широкие массы населения. В этой связи СМИ и неправительственные организации играют исключительно важную роль в целенаправленном распространении среди местного населения научно обоснованной информации по психическим расстройствам.

Так, исследования психических расстройств в Ливане все еще находятся в зачаточном состоянии — на эту тему имеются лишь отдельные публикации (менее десяти). Сюда входят и эпидемиологические, и интервенционные исследования. Финансирование на местном уровне вряд ли будет покрывать сколько-нибудь значимые исследования в этой области. Такие исследования проводятся при поддержке международных грантов, выделяемых для стран с низкими и средними доходами. Гранты в сфере психического здоровья выделяются сравнительно редко, и за них идет острая конкуренция. Создать надежные клинические базы данных, которые можно использовать для будущих исследований, легче в рамках междисциплинарной амбулаторной модели помощи по месту жительства. При наличии инструментов интерпретации данных и политики их распространения данные, собранные в рамках таких программ психиатрической и психологической помощи, можно будет использовать в дальнейшем для разработки более конкретной национальной политики в области психического здоровья [19].

Также было замечено, что неправительственные организации и активисты в области защиты прав людей с психическими расстройствами уделяют меньше

внимания шизофрении и родственным заболеваниям, чем расстройствам, которые считаются «менее тяжелыми». Как можно предположить, это связано с тем, что такие широко распространенные расстройства, как тревожность, депрессия и суицидальные мысли и склонности, кажутся людям более понятными и актуальными. Бремя тяжелых психических расстройств, которое лежит на системе здравоохранения, остается недостаточно изученным и недостаточно отражается в статистике.

Нехватка персонала в области ПП может стать серьезной проблемой в случае развертывания системы АПП по месту жительства. Врачам, медицинским сестрам и социальным работникам необходимы достаточно действенные стимулы, чтобы специализироваться в области психиатрической помощи. В отсутствие общенациональной хорошо финансируемой инициативы по переходу от стационарного лечения к амбулаторному лечению по месту жительства стимулы к развитию АПП в условиях, когда вся система здравоохранения опирается на частную практику, должны обеспечивать как доступность такой помощи для пациента, так и жизнеспособность бизнес-модели для врача. Успех такого начинания в первую очередь будет зависеть от того, удастся ли убедить психиатров, которые в настоящее время зачастую выступают единственными специалистами, оказывающих такую помощь, в преимуществах модели АПП по месту жительства, и при этом гарантировать им ключевую роль в ее функционировании. В ближайшие годы потребности страны в области психического здоровья будут только усиливаться параллельно с ростом населения, а также вследствие растущего осознания важности психического здоровья и необходимости мер по его охране. Без радикальных преобразований в организации медицинской практики то количество психиатров, которые ежегодно оканчивают медицинские институты, не поможет устранить огромный разрыв между спросом на психиатрическую помощь и соответствующим предложением. К сожалению, поскольку возможности местного обучения в области АПП практически отсутствуют, новые психиатры обречены воспроизводить модели, которые позволяют им оставаться в их зоне комфорта. Они будут по-прежнему полагаться на дихотомию «клиника или стационар», которая продемонстрировала свою неэффективность при лечении целого ряда психических расстройств.

Для конечного потребителя и для поставщика медицинских услуг создание системы АПП по месту жительства может обеспечить более качественную помощь, которая оказывается по более приемлемым ценам. Формирование такой системы также позволит создать новые роли и рабочие места для профессионалов в разных областях психиатрии и психологии, как это происходит в разных странах мира. Одна из профессий, которой реализация этой новой концепции принесет больше всего пользы, — это медицинские сестры психиатрической службы, работа которых в этом случае больше не будет ограничиваться только острыми случаями в стационаре. Медицинские сестры с навыками оценки и лечения психиатрических заболеваний могут стать основой системы АПП по месту жительства. Их деятельность позволит психиатрам увеличить количество своих пациентов, не снижая при этом качества медицинской помощи и частоты контактов с пациентами. В настоящее время сестринский персонал стремится получить дальнейшее образование в поисках более высокой оплаты труда и возможностей профессионального роста. Если в ближайшее время в Ливане не будут обеспечены соответствующие возможности, мы рискуем потерять этот персонал, который уедет в страны Персидского залива, Европу или другие регионы мира. Для полномасштабного внедрения системы обслуживания по месту жительства нужны и другие виды специалистов. Это и социальные работники, подготовленные для работы с людьми, имеющими психические расстройства, и специалисты по трудотерапии, и различный вспомогательный персонал. В настоящее время в области клинической психологии осуществляется реформа — в последние несколько лет в стране внедряется практика лицензирования. Хотя предстоит еще много работы, чтобы обеспечить качественную психологическую помощь, эта реформа представляет собой несомненный шаг вперед. Сегодня специалисты, чтобы получить лицензию психолога, должны определенное время проработать под наблюдением, прежде чем начать практиковать самостоятельно. Выполнение этого требования дает им возможность разнообразить состав пациентов, с которыми они взаимодействуют, и познакомиться с научно обоснованными методами, которые применяются в научно-исследовательских учреждениях. Параллельно с этим следует побуждать вузы и организации, занимающиеся последипломным

обучением, включать вопросы охраны психического здоровья населения в свои программы или предлагать специализированные учебные курсы тем, кто заинтересован в карьере в этой области. В конечном счете мы нацелены на внедрение таких моделей АПП по месту жительства, которые адаптированы к различным группам населения с разными потребностями в области психиатрической помощи. Особые усилия следует направить на организацию помощи по месту жительства детям и подросткам, представителям ЛГБТ-сообщества, наркоманам и пациентам с нейрокогнитивными нарушениями. Такие меры требуют тесного сотрудничества с уже существующими организациями амбулаторной помощи и неправительственными организациями, которые выступают связующим звеном с соответствующими группами населения. Так, в рамках программы iCAN (Программы интенсивного лечения психоневрологических заболеваний у детей и подростков) при AUBMC уже предлагается интенсивная амбулаторная помощь детям и подросткам с аффективными и тревожными расстройствами [20]. Программа Агнес Варис по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, осуществляемая при AUBMC, — еще одна модель амбулаторной помощи для тех, кто страдает от последствий злоупотребления психоактивными веществами [21].

Наконец, любое успешное вмешательство на местном уровне должно учитывать местные географические и материально-технические условия, опираясь при этом на опыт более развитых стран [22]. Хотя Ливан — небольшая страна, он густо населен, но ливанский общественный транспорт развит недостаточно. Доступ к медицинскому обслуживанию за пределами столицы — г. Бейрута — для многих пациентов является серьезной проблемой. Программы АПП по месту жительства можно без труда развернуть в четырех или пяти центрах компактного проживания населения за пределами Бейрута, чтобы обеспечить медицинскую помощь жителям близлежащих областей. В Сидоне, Тире, Триполи и Захле имеются достаточные финансовые и кадровые ресурсы для того, чтобы внедрить у себя такие программы на первом этапе, пока система АПП по месту жительства будет развертываться в рамках страны, становясь основным каналом оказания помощи большинству пациентов с психическими расстройствами и психологическими проблемами.

Вклад авторов: Все авторы в равной степени участвовали в обзоре литературы, написании и переработке статьи.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:

Raghid Charara

rc37@aub.edu.lb

Цитировать:

Эль-Хури Д., Хайдар Р., Чарара Р. Амбулаторная психиатрическая служба в Ливане // Consortium Psychiatricum. 2020. Т.1, №1. СР 10.17650/2712-7672-2020-1-1-71-77. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-71-77

Список литературы

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Available at <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
2. Karam EG., Mneimneh ZN., Karam AN. et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet*. 2006; 367(9515): 1000–6. PMID: 16564362. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68427-4
3. Chahine LM., Chemali Z. Mental health care in Lebanon: policy, plans and programmes. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2009; 15(6): 1596–612. PMID: 20218153.
4. Farhood LF., Dimassi H. Prevalence and predictors for post-traumatic stress disorder, depression and general health in a population from six villages in South Lebanon. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012; 47(4): 639–49. PMID: 21455787. DOI: 10.1007/s00127-011-0368-6
5. El Chammay R., Ammar W. Syrian crisis and mental health system reform in Lebanon. *Lancet*. 2014; 384(9942): 494. PMID: 25110270. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61329-5
6. Karam EG., Karam GE., Farhat C. et al. Determinants of treatment of mental disorders in Lebanon: barriers to treatment and changing patterns of service use. *Epidemiol. Psychiatr. Sci*. 2018; 1–7. PMID: 30101735. DOI: 10.1017/S2045796018000422
7. Karam EG., Mneimneh ZN., Dimassi H. et al. Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Med*. 2008; 5(4): e61. PMID: 18384228. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050061
8. Dar Al Ajaza Al Islamia Hospital. About the Association. Available at <https://daih.org/portal/en-US/about-us/7/>
9. Katchadourian H. The Historical Background of Psychiatry in Lebanon. *Bulletin of the History of Medicine*. 1980; 54(4): 544–53. PMID: 7004545.

10. Ministry of Public Health. Mental Health and Substance Use – Prevention, Promotion, and Treatment – Situation Analysis and Strategy for Lebanon 2015–2020 Version 1.1. Available at https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Strategy%20for%20Lebanon%202015-2020-V1_1-English.pdf
 11. El-Jardali F., Yehia, F. K2P Policy Brief: Securing Access to Quality Mental Health Services in Primary Health Care in Lebanon. Available at <https://www.aub.edu.lb/k2p/Documents/K2P%20Policy%20Brief%20Mental%20Health.pdf>
 12. Ministry of Public Health. Psychiatric Hospital of the Cross. Available at https://moph.gov.lb/en/HealthFacilities/view/3/188/74130/psychiatric-hospital-of-the-cross/?facility_type=8
 13. Okasha A., Karam E., Okasha T. Mental health services in the Arab world. *World Psychiatry*. 2012; 11(1): 52–4. PMID: 22295010. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.008
 14. Faris N., Baroud E., Al Hariri M. et al. Characteristics and dispositional determinants of psychiatric emergencies in a university hospital in Beirut. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019; 42: 42–7. PMID: 30951932. DOI: 10.1016/j.ajp.2019.03.024
 15. McGorry PD., Edwards J., Mihalopoulos C. et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*. 1996; 22(2): 305–26. PMID: 8782288. DOI: 10.1093/schbul/22.2.305
 16. El-Khoury J., Ghazzaoui R., Ahmad A. Introducing Specialist Integrated Mental Health Care in Lebanon: The Psychosis Recovery Outreach Program. *Psychiatr. Serv*. 2018; 69(7): 738–40.
 17. Khoury B., Daouk S. Community Mental Health and Mental Health Promotion—Lebanon. In: *Global Mental Health: Prevention and Promotion*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2017; pp. 193–206.
 18. McDaid D. Financing Mental Health in Low- and Middle-Income Countries: Making an Economic Case to Support Investment. In: *Mental Health Economics: The Costs and Benefits of Psychiatric Care*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2017; pp. 193–204.
 19. Yehia F., El Jardali F. Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. *Health Research Policy and Systems*. 2015; 13: 29. PMID: 26047619. DOI: 10.1186/s12961-015-0018-7
 20. American University of Beirut Medical Center and Child and Adolescent Psychiatry Division and Services. Intensive Child and Adolescent Neuropsychiatric Disorders Treatment Program (iCAN). Available at <http://www.aubmc.org/clinical/Psychiatry/Pages/main/Child-Adolescent-Psychiatry-Division-Services.aspx>
 21. American University of Beirut Medical Center. The Dr Agnes Vares Healing Program for Substance Use Disorders. Available at http://www.aubmc.org/patientcare/spe_cli_pro_ser/Pages/Agnes-Varis-Healing-Program-Substance-Use-Disorders.aspx
 22. Thornicroft G., Alem A., Antunes Dos Santos R. et al. WPA guidance on steps, obstacles, and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*. 2010; 9(2): 67–77.
-